



Einweisender Arzt

NAME	GGF. ORT
TELEFON	

Patient

NACHNAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	VERSICHERUNG <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
TELEFON	

Einweisungsgrund

VERDACHT / DIAGNOSE	AUFKLÄRUNG? <input type="checkbox"/> bereits erfolgt (bitte mitgeben !)
AUFTRAG <input type="checkbox"/> Nierenbiopsie <input type="checkbox"/> Transplantatbiopsie <input type="checkbox"/> VHK	
Sonstiges: _____	

Wichtige Vorerkrankungen und Risikofaktoren

VORERKRANKUNGEN <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Demenz	RISIKOFAKTOREN <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> anderer Plättchenhemmer <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> NOAK <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> MRSA
---	---

Dringlichkeit:

<input type="checkbox"/> Lebensgefahr !! Bitte telefonische Rücksprache mit diensthabendem Nephrologen
<input type="checkbox"/> Hoch
<input type="checkbox"/> nicht dringlich

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax an 0931-201-639 300 *oder*

per mail an nephrologie@ukw.de

Herzlichen Dank !